



Gestaltung: Hula & Fülle - Atelier für Inhalt und Gestalt. Liebefeld, hulaundfuelle.ch | Titelbild: © shutterstock.com/atravdyd

Jahresbericht 2017



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Thomas Heiniger
Präsident GDK
Regierungsrat Kanton Zürich

«Ist der Föderalismus überhaupt dazu geeignet, komplexe Systeme wie das Gesundheitswesen zu steuern?», werde ich oft gefragt. Mit ihrem kritischen Tonfall machen die Fragenden dabei meist klar, wie ihre Antwort ausfallen würde. Das Gesundheitswesen ist zweifellos ein komplexes System. Ich denke dabei an eine Tinguely-Maschine: Zieht man auf einer Seite eine Schraube an, bewegt sich plötzlich am anderen Ende ein Zahnrad. Ähnlich ist es auch beim Gesundheitswesen. Alles hängt miteinander zusammen: Versorgung, Finanzierung und Tarifstrukturen. Bei einem solchen Gebilde braucht es den Blick fürs Gesamtbild und ein Feingefühl für die Regulierung. Denn anders als bei einer Tinguely-Maschine hängt bei der Gesundheitsversorgung viel vom fehlerfreien Funktionieren ab.

Bei allem Engagement für liberale Lösungsansätze bin ich der Überzeugung, dass die unsichtbare Hand des Marktes die Probleme des Systems nicht alleine zu lösen vermag. Zu unterschiedlich sind die Interessen und der Einfluss der Akteure im Gesundheitswesen, zu gross die Schwierigkeiten der Tarifpartner bei den Vertragsverhandlungen. Geht es um die Gesundheitsversorgung, so geben sich die Bürgerinnen und Bürger nicht mit unsichtbaren Mächten zufrieden, sie brauchen auch die sichtbare Hand der Politik.

Verfassungsmässig kommt diese Verantwortung den Kantonen zu. Das passt. Sie sind in der Lage, die verschiedenen Interessen unter einen Hut zu bringen, jene von Steuerzahlenden und Prämienzahlenden, von Finanzierern und Leistungserbringern, von Patientinnen und Patienten. Die föderale Organisation hat viele Vorteile: Die

regionalen Gegebenheiten in Versorgung, Wirtschaftskraft und Gesundheitsverhalten können berücksichtigt werden. Es können in einem «Laborföderalismus» Hebel bewegt werden, damit bisher teure stationäre Fälle neu ambulant versorgt werden. Die Kantone sollen die Stellschrauben drehen können, um einer Überversorgung bei Spezialärzten und in gewissen Regionen entgegenzuwirken.

In der laufenden gesundheitspolitischen Diskussion wird der Segen vor allem in einer Massnahme gesehen: in einem Wechsel hin zu einer monistischen Finanzierung «aus einer Hand», nämlich jener der Versicherer. Die Hoffnung auf eine von unsichtbarer Hand herbeigeführte effizientere und kostengünstigere Versorgung wird sich damit aber nicht erfüllen. Die Fehlanreize liegen heute weniger in der Finanzierung als vielmehr in den unzureichenden Tarifsystemen und im fehlenden Willen, in der Versorgungskette enger zusammenzuarbeiten, auch über die Kantons Grenzen hinweg. Hier liegt noch grosses Potenzial.

Die Bevölkerung ist gemäss Umfragen insgesamt sehr zufrieden mit der Gesundheitsversorgung, auch wenn diese als teuer empfunden wird. Auf Veränderungen reagiert sie empfindlich, denn sie will Einfluss nehmen können und fordert dazu Transparenz. Die Kantone haben die Aufgabe, als Maschinisten der Tinguely-Maschine die komplexen Regulierungsmechanismen sichtbar und nachvollziehbar zu machen.



beachtet und auch von Bund und Gerichten berücksichtigt. Daher hatten und haben sie immer noch grosses Gewicht. Mit der Revision sollen nun die durch die Rechtsprechung in konkreten Fällen beanstandeten Punkte unter die Lupe genommen und entsprechende Anpassungen an den Empfehlungen vorgenommen werden.

Die kantonalen Spitalplanungen stehen in einem grossen Spannungsfeld. Jeder Kanton ist nach KVG verpflichtet, eine Spitalplanung vorzunehmen und diese am Bedarf seiner Bevölkerung auszurichten. Gleichzeitig muss er sich dabei mit den anderen Kantonen koordinieren. Weiter muss eine Spitalplanung bedarfsgerecht sein. Das heisst, dass allenfalls vorhandene Überkapazitäten abgebaut und allfällige Versorgungslücken behoben werden müssen. Die Kosteneindämmung, Gebot der Stunde, ist ebenfalls eines der Ziele der Spitalplanung. Gleichzeitig will es das KVG, dass einem gewissen Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern Platz eingeräumt wird. In der Öffentlichkeit wird der Ruf nach regionalen Planungen immer lauter und eine Reduktion der Anzahl Spitäler gefordert. Entsprechenden Vorhaben der Kantonsregierungen weht jedoch, meist wegen des Widerstands der lokalen Stimmbewölkerung oder der Spitäler, politisch ein harter Wind entgegen. Eine Spitalplanung bedeutet manchmal also fast die Quadratur eines Kreises.

Rechtsprechung fordert mehr interkantonale Koordination

Verschiedene, seit 2012 ergangene Entscheide des Bundes- und des Bundesverwaltungsgerichts in Sachen kantonale Spitalplanungen, die unter anderem den interkantonalen Koordinationsbedarf moniert hatten, haben dazu geführt, dass die GDK Ende 2015 eine Revision ihrer Empfehlungen zur Spitalplanung in Angriff genommen hat. Da sie für die konkrete Umsetzung der bundesrechtlichen Vorgaben eine Leitplanke bieten, wurden diese Empfehlungen seit der Einführung der Neuen Spitalfinanzierung bei den Kantonen bei der Spitalplanung viel

Revision der GDK-Empfehlungen

In einer ersten Revisionsetappe wurde ein Teil der Empfehlungen überarbeitet und zwei neue Empfehlungen zur «bedarfsgerechten Spitalplanung» und zur «interkantonalen Koordination der Spitalplanung und der Patientenströme» wurden formuliert. Die GDK-Plenarversammlung hat sie am 18. Mai 2017 verabschiedet.

Gleichzeitig mit der Verabschiedung der Empfehlungen aus der ersten Revisionsetappe wurde beschlossen, in einer zweiten Etappe die verbleibenden Empfehlungen zu überprüfen und falls nötig entsprechende Anpassungen oder ergänzende Empfehlungen zu formulieren. Weiter soll diskutiert werden, ob und wie die Empfehlung des GDK-Vorstands vom 27. Januar 2011 zur Anwendung des Leistungsgruppenkonzepts im Rahmen der Spitalplanung angepasst werden soll, sodass ein geeignetes Verfahren zur Verabschiedung neuer Versionen des Leistungsgruppenkonzepts gefunden werden kann. Diese Arbeiten sind seit Mitte 2017 im Gang. Die Ergebnisse werden der GDK-Plenarversammlung im Mai 2018 zur Verabschiedung vorgelegt, um damit einen Beitrag zur verstärkten interkantonalen Koordination der Spitalplanungen zu leisten.

4 PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

ERSTE MEILENSTEINE DER NCD-STRATEGIE ERREICHT

Im ersten Umsetzungsjahr der Nationalen Strategie zur Prävention nicht-übertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) hat die GDK gemeinsam mit dem BAG und der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) erste Meilensteine erreicht. Die NCD-Strategie setzt sich zum Ziel, die Präventionsaktivitäten von Bund, Kantonen und NGOs mit den zur Verfügung stehenden Mitteln effizienter zu gestalten. Die Umsetzung erfolgt unter Einbezug der Strategie Sucht, des Berichts zur psychischen Gesundheit und des Aktionsplans Suizidprävention. Die GDK ist im Leitungsgremium vertreten und für die Koordination des Massnahmenbereichs «Bevölkerungsbezogene Gesundheitsförderung und Prävention» zuständig.

Aktionsprogramme in 23 Kantonen

Aufgrund der Erhöhung des Rappenzuschlags auf die KVG-Prämien hat GFCH die bewährten kantonalen Aktionsprogramme (KAP) im Bereich Ernährung und Bewegung im Jahr 2017 um die Zielgruppe ältere Menschen und das Thema psychische Gesundheit erweitert. Dadurch konnten das Tätigkeitsfeld der Kantone vergrössert und neue Kantone gewonnen werden. Die GDK-Plenarversammlung konnte Ende 2017 die Zwischenbilanz ziehen, dass ab 2018 23 Kantone über ein KAP im Bereich Ernährung und Bewegung und 20 Kantone über ein KAP im Bereich psychische Gesundheit verfügen. Zudem gibt es in 15 Kantonen ein Tabakpräventionsprogramm.

Die kantonalen Aktivitäten werden – je nach Themenbereich – von GFCH, vom Tabakpräventionsfonds oder vom Alkoholzehntel mitfinanziert. Die GDK begleitete die Einführung der ab 2017 gültigen neuen Rahmenbedingungen für kantonale Tabakpräventionsprogramme. Zudem leitet sie im Rahmen der Umsetzung der NCD-Strategie eine Arbeitsgruppe zur Harmonisierung der unterschiedlichen Gesuchstellungsverfahren. Dies ist eine bedeutende Massnahme, welche eine Reduktion des administrativen Aufwands und eine vereinfachte Nutzung der Synergien zwischen den kantonalen Programmen verspricht.



Weitere Unterstützung können die Kantone durch neue Austauschplattformen, national mitfinanzierte Projekte, die nationale Kommunikationsstrategie oder das weiterentwickelte Monitoring erwarten.

Auch bei der im Jahr 2017 begonnenen Umsetzung des Aktionsplans Suizidprävention und den verschiedenen Aktivitäten im Bereich psychische Gesundheit brachte sich die GDK ein. Zudem begleitete sie die Übergabe des Programms «schule bewegt» vom Bundesamt für Sport zu Swiss Olympic und unterstützt das Programm gemeinsam mit der Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK) ideell.

Ausblick

Auch im kommenden Jahr wird es wichtig sein, die kantonalen Realitäten auf nationaler Ebene zu vertreten und den Austausch zwischen den Kantonen sicherzustellen. Eine Herausforderung bleibt, die Fülle an Informationen und Ansprüchen an die Kantone so zu dosieren, dass sie diese verarbeiten und für sich nutzen können. Zudem gelingt die beabsichtigte Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention in den Kantonen nur, wenn die Kantone ihre Bemühungen ausbauen oder zumindest aufrechterhalten können.



Schluss gekommen, dass der Monismus zu einem erheblichen Systemumbau mit unvorhersehbaren Risiken führen würde, ohne jedoch zur Beseitigung der Fehlanreize und zur Steigerung der Effizienz beizutragen. Diese Erkenntnisse mündeten in einem klaren Nein der Kantone an der GDK-Plenarversammlung im Mai 2017. Sobald die Eckpunkte des Modells, das sich heute in der Aus-

arbeitung befindet, bekannt werden, wird sich die GDK dazu erneut positionieren.

Die stetige Kostensteigerung im Gesundheitswesen und mögliche Massnahmen zu deren Dämpfung stehen heute und in den kommenden Jahren im Zentrum der gesundheitspolitischen Debatte. Der Weg zu einer höheren Effizienz in der Gesundheitsversorgung führt über die Beseitigung von Fehlanreizen im System. Die Kantone sind als zentrale Akteure in der Sicherstellung und Mitfinanzierung der Gesundheitsversorgung daran, Vorschläge für eine Optimierung der Steuerung und Finanzierung im Gesundheitswesen zu prüfen und neue Ideen zu entwickeln.

Verlagerung von stationär zu ambulant

Dank dem medizinischen und technischen Fortschritt lassen sich heute immer mehr Untersuchungen und Behandlungen ohne Qualitätsverlust ambulant durchführen. Bis Ende 2017 haben sechs Kantone entsprechende Vorgaben an die Spitäler vorbereitet und untereinander abgestimmt. Die Plenarversammlung der GDK hat ihre Unterstützung für die rasch umsetzbaren und unmittelbar kostendämpfenden kantonalen Listen im November 2017 bekräftigt. Das Zentralsekretariat der GDK gewährleistet die Koordination unter den Kantonen und mit dem BAG, das mit der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung per 1. Januar 2019 ebenfalls einen ersten Schritt in Richtung Verlagerung plant.

Versicherer- und Leistungserbringerverbände vermuten indessen ein noch grösseres Verlagerungspotenzial in der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen mit den Versicherern als alleinige Zahlstelle (EFAS/Monismus). Die GDK hat diesen Vorschlag im Frühjahr 2017 vertieft analysiert und ist dabei zum

Parallel zum kategorischen Nein zum Monismus haben die Kantone die Anforderungen aufgezeigt, die im Falle einer einheitlichen Finanzierung ohne die Versicherer in der Hauptrolle zwingend erfüllt sein müssten. Darunter befindet sich auch die Einführung von Tarifmodellen und finanziellen Anreizen, die eine Verbesserung der Effizienz und Qualität der Behandlung mit integrierten Versorgungsstrukturen bewirken. Der GDK-Vorstand hat der SwissDRG AG seine Unterstützung für die Erarbeitung von spitalambulanten Pauschalen zugesichert und will sich in diesem Bereich in den nächsten Jahren weiterhin engagieren. Dabei sollen unter anderem die Modalitäten einer allfälligen Mitfinanzierung der Pauschalen durch die Kantone geklärt werden.

Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung

Der Vorstand der GDK hat im April 2017 eine revidierte Fassung der Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung in Tarifverfahren verabschiedet. Darin wurde die Abgrenzung zwischen den für das Benchmarking anrechenbaren und den nicht anrechenbaren Kosten geschärft, um den Kantonen eine möglichst einheitliche Interpretation der OKP-pflichtigen Leistungen zu ermöglichen. Derzeit läuft eine weitere Revisionsetappe, die bis Anfang 2020 dauern soll.

6 HOCHSPEZIALISIERTE MEDIZIN HSM ERSTMALIGE ZUTEILUNGEN NACH ZWEISTUFIGEM PLANUNGSVERFAHREN

Reevaluationen

Im März hat das HSM-Beschlussorgan neue Zuteilungen für die Behandlung von Schwerverletzten beschlossen. Leistungsaufträge erhalten haben die bisherigen zwölf Zentren, es hatten sich keine anderen Spitäler beworben. Dieser Beschluss war der erste nach dem neuen zweistufigen Verfahren – zuerst Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin, danach Bewerbung und Zuteilung von Leistungsaufträgen –, das aufgrund eines Urteils des Bundesverwaltungsgerichts installiert wurde. Die Leistungsaufträge sind neu auf sechs Jahre befristet.

Fokusthema war die Viszeralchirurgie. Nachdem 2016 im Zuge einer Reevaluation dieser Bereich mit seinen fünf Teilbereichen wieder der hochspezialisierten Medizin zugeordnet worden war (und das Bundesverwaltungsgericht entschieden hat, dass dieser Entscheid nicht für sich angefochten werden kann), wurde Ende 2016 das Bewerbungsverfahren durchgeführt. Die Auswertung der Bewerbungen wurde sehr sorgfältig vorgenommen. Die Fachexpertise wurde durch die Begleitgruppe HSM-Viszeralchirurgie sichergestellt, welche ihre Beratungen strikt kriteriengeleitet und auf vollkommen anonymisierter Basis durchführte. Ein wichtiges Kriterium sind die Minimalfallzahlen, errechnet mittels Durchschnitt über drei Jahre; Datenbasis war das Viszeralchirurgieregister. In unklaren Fällen wurden die einzelnen Operationsberichte durch externe, unabhängige Experten daraufhin überprüft, ob die HSM-Kriterien erfüllt waren. Schliesslich wurde ein Entwurf eines Zuteilungsberichts erstellt, der vom HSM-Fachorgan verabschiedet wurde. Das HSM-Beschlussorgan hat diesen Bericht für die Anhörung (Gewährung des rechtlichen Gehörs) freigegeben. Der Vorschlag beinhaltet die Erteilung von Leistungsaufträgen an acht Spitäler für die Oesophagusresektion, an 18 Spitäler für die Pankreasresektion, an 17 Spitäler für die Leberresektion, an 27 Spitäler für die Resektion des tiefen Rektums sowie an 18 Spitäler für die komplexe bariatrische Chirurgie. Die Eingaben aus der Anhörung werden für die Erarbeitung



der definitiven Leistungsaufträge eingehend geprüft und so weit als möglich berücksichtigt.

Personelles

Das HSM-Beschlussorgan tagt seit 2017 in seiner neuen Zusammensetzung mit Regierungsrat Martin Pfister, Zug, anstelle von Susanne Hochuli, Aargau, welche ihr Regierungsamt per Ende 2016 niedergelegt hat. Ihre Funktion als Vizepräsidentin des Gremiums hat Staatsrat Paolo Beltraminelli, Tessin, übernommen.

Der Präsident des HSM-Fachorgans, Prof. Daniel Scheidegger, hat seine Funktion per Ende Februar 2017 aufgegeben und ist auch als Mitglied aus dem Gremium zurückgetreten. Das HSM-Beschlussorgan hat deshalb das bisherige Mitglied Prof. Martin Fey zum neuen Präsidenten gewählt. Die Amtszeit der Mitglieder des HSM-Fachorgans beträgt maximal acht Jahre. Diese Grenze haben Prof. Verena Briner, Prof. Manuel Pascual, Prof. Luca Regli und Prof. Felix Sennhauser 2017 erreicht. Nach einem Evaluationsverfahren durch einen Wahlausschuss des HSM-Beschlussorgans hat Letzteres die folgenden Expertinnen und Experten ins HSM-Fachorgan gewählt: Prof. Reto Bapst, Prof. Peter Itin, Prof. Nicolas Müller, Prof. Philippe Ryvlin, Prof. Walter Weder und Prof. Barbara Wildhaber.



aussetzungen stehen zur Verfügung. Die Einführung des DA-64a verläuft leider verzögert. Der Hauptgrund dafür liegt in der fehlenden Verbindlichkeit. Anders als beim DA-PV gibt es beim DA-64a bisher keine Verordnung des EDI, welche die Kantone und Krankenversicherer zur Teilnahme verpflichtet. Die GDK setzt sich weiterhin dafür ein, dass eine entsprechende Verordnung erlassen wird.

eHealth

Mit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier und seiner Verordnungen am 15. April 2017 liegen nun verbindliche Ausführungsbestimmungen vor. Ab diesem Zeitpunkt begann die Übergangsfrist (drei Jahre für Spitäler und fünf Jahre für Geburtshäuser und Pflegeheime) zur Umsetzung des elektronischen Patientendossiers (EPD) zu laufen. Um diese Umsetzung voranzutreiben, Stolpersteine möglichst früh zu identifizieren und adäquate Massnahmen ergreifen zu können, fanden im Jahr 2017 unter der Ägide von eHealth Suisse Treffen mit den Partnern in den Kantonen und mit Vertretern der (Stamm-)Gemeinschaften statt.

Zur Einführung und Verbreitung des EPD soll auch die im Berichtsjahr mit Vertretern von Bund und Kantonen erarbeitete Strategie «eHealth Schweiz 2.0» beitragen. Nach einer Vernehmlassung im Herbst 2017 ist die Verabschiedung durch den Dialog Nationale Gesundheitspolitik im Frühjahr 2018 geplant. Die Erarbeitung des Massnahmenplans soll noch im selben Jahr stattfinden.

Kantone und Krankenversicherer

Das Krankenversicherungsgesetz KVG verpflichtet die Kantone und Krankenversicherer zu einer engen Zusammenarbeit bei den Prämienverbilligungen und den nicht bezahlten Prämien. Seit einigen Jahren funktioniert der Datenaustausch zu den Prämienverbilligungen elektronisch (DA-PV). 2017 konnte auch der Aufbau des elektronischen Datenaustauschs zu den nicht bezahlten Prämien nach Art. 64a KVG (DA-64a) abgeschlossen werden. Alle notwendigen Konzepte, Schemata und technischen Vor-

Gesundheitsberufe

Auch im Bereich Gesundheitsberufe setzt die GDK auf die Zusammenarbeit mit Partnern. So befasste sich eine Themengruppe im Rahmen der Plattform Zukunft ärztliche Bildung mit der Frage, wie sich Faktoren wie die Zuwanderung, der Beschäftigungsgrad oder die Verweildauer auf den Bestand und Bedarf verschiedener Facharztrichtungen auswirken. Weiter begleitete die GDK die Massnahmen des Bundes zur Verbesserung der Fachkräftesituation in der Langzeitpflege: dazu gehören ein Projekt zur Messung und Verbesserung von Arbeitsumgebungsfaktoren sowie eine Kampagne unter dem Lead von CURAVIVA und Spitex Schweiz mit dem Ziel, das Image der Pflegeausbildungen und Karrieremöglichkeiten in der Langzeitpflege und -betreuung zu stärken. Zudem wurden die Kriterien festgelegt, nach denen sich der Bund ab 2018 an den Kosten für Wiedereinsteigerkurse beteiligen wird.

Im Berichtsjahr haben weitere Kantone die Informationen zu den Berufsausübungsbewilligungen in das Nationale Register der Gesundheitsberufe (NAREG) migriert, sodass das Register bald die Bewilligungsdaten aus allen Kantonen enthält. Das Register wird seit Anfang 2015 vom SRK im Auftrag der GDK geführt und dient in erster Linie der Patienteninformation sowie der Qualitätssicherung.

8 ZUSAMMENARBEIT BUND–KANTONE AUSGEWÄHLTE THEMEN IM FOKUS

Der Bund ist einer der wichtigsten Partner der GDK, wenn es um die Strategiedefinition und -umsetzung und um Reformen geht. Die enge Zusammenarbeit Bund–Kantone ist zentral und in diesem Bericht an vielen Stellen angesprochen. Im Folgenden richten wir den Fokus auf weitere ausgewählte Themenfelder.



© Adobe Stock – christofotografie

Vorlage «KVG. Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit»

Nachdem 2016 die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) des Ständerats nicht auf die Vorlage eingetreten ist, wird das Geschäft inzwischen von der SGK des Nationalrats bearbeitet. Die GDK konnte dabei 2017 im Rahmen einer Anhörung ihre Position einbringen. Auch 2018 will sich die GDK dafür starkmachen, dass eine bundesgesetzliche Grundlage zur finanziellen Sicherung und zum Ausbau bisheriger Anstrengungen in der Qualitätsentwicklung in einem institutionalisierten nationalen Rahmen erreicht wird.

Nationale Strategie gegen Krebs

Der Dialog Nationale Gesundheitspolitik (NGP) hat im Mai 2013 die Nationale Strategie gegen Krebs 2014–2017 (NSK) verabschiedet. Gleichzeitig wurde Oncosuisse beauftragt, die Umsetzung der NSK zu koordinieren. Diese Koordinationsarbeiten haben mehr Zeit in Anspruch genommen als zu Beginn vermutet. Der Dialog NGP hat deshalb im November 2017 die Weiterführung der NSK bis Ende 2020 beschlossen und den entsprechenden Bericht verabschiedet. Ab 2018 sollen die zahlreichen Projekte und Aktivitäten der NSK mit den verschiedenen Partnern umgesetzt werden.

Nationale Strategien Impfungen und NOSO

Für die Umsetzung der Nationalen Strategie zu Impfungen (NSI) hat das BAG ein Wirkungsmodell erstellen lassen und die Arbeiten für einen Aktionsplan aufgenommen. Die GDK war in diese Tätigkeiten involviert und wird sich auch 2018 für eine zweckmässige Umsetzung der NSI auf Stufe der Kantone einsetzen.

Im Rahmen der Umsetzung der Strategie NOSO haben BAG und GDK 2017 ein Austauschtreffen für die Kantone organisiert. Wichtiger Bestandteil dieser Veranstaltung war der Austausch zu den kantonalen Strukturen und Steuerungsprozessen in Bezug auf NOSO. Ziel ist es, Massnahmen zur Verhinderung von nosokomialen Infektionen in den nächsten Jahren noch effizienter zu gestalten.

Nationale Demenzstrategie

Die Nationale Demenzstrategie 2014–2019 bewegt auch die Kantone. Die GDK hat dazu 2017 eine Zwischenbilanz gezogen und festgestellt, dass seit 2013 massgebliche Fortschritte erzielt wurden: 16 Kantone haben eine kantonale Demenzstrategie oder -politik oder waren 2017 daran, eine zu erarbeiten. In 23 Kantonen gibt es Spitexdienste mit demenzspezifischer Kompetenz und in 25 Kantonen Pflegeheime mit Abteilungen, die auf Demenz spezialisiert sind. 17 Kantone haben eine Memory-Klinik und 14 Kantone auf Demenz spezialisierte Abteilungen an einem Spital. Auch zugehende Beratung für Demenzbetroffene und Demenzkonsiliardienste sind verbreitet (14 respektive 16 Kantone). Am meisten Lücken gibt es noch bei Tages- und Nachtstätten für Menschen mit Demenz sowie bei intermediären Strukturen («betreutes Wohnen», «Wohnen mit Dienstleistungen»).



Impulse aufnehmen

JAHRESRECHNUNG

	2017	2016
	CHF	CHF
ERTRAG		
Kantonsbeiträge GDK	3 371 548	3 371 549
Kantonsbeiträge HSM	1 222 001	1 222 002
Kantonsbeiträge Umsetzung Art. 64a KVG	25 000	0
Entschädigung für Sekretariat SwissDRG AG	25 000	25 000
Auflösung Rückstellungen GDK	61 043	0
Übrige Erträge	4 162	77
Total Ertrag	4 708 754	4 618 628
AUFWAND		
Zentralsekretariat GDK		
Personal	1 575 692	1 563 300
Aufträge	54 600	98 502
Räume	166 484	152 076
Verwaltung	167 363	155 745
Entschädigungen/Spesen Konferenz	28 955	31 840
Entschädigungen/Spesen Kommissionen	14 188	8 793
Spesen Sekretariat	13 743	18 316
Total Zentralsekretariat GDK	2 021 025	2 028 572
Beiträge an Projekte und Institutionen	1 202 710	1 153 211
Bildung Rückstellung GDK	60 000	0
Hochspezialisierte Medizin HSM		
Personal HSM	687 593	614 910
Mandate HSM	131 345	131 629
Entschädigungen/Spesen BO HSM	7 384	7 900
Entschädigungen/Spesen FO HSM	84 013	53 323
Spesen Sekretariat HSM	11 923	12 274
Bildung Rückstellung HSM	299 744	401 966
Total HSM	1 222 001	1 222 002
Total Aufwand ZS GDK und HSM	4 505 736	4 403 785
Ausserordentlicher Aufwand	0	3
Ausserordentlicher Ertrag	0	1
Aufwand-/Ertragsüberschuss	203 018	214 841

ZAHLEN 2017
BILANZ PER 31. DEZEMBER

	2017	2016
	CHF	CHF
AKTIVEN		
Umlaufvermögen		
Flüssige Mittel	2 301 437	2 189 297
Debitoren	60 059	59 069
Transitorische Aktiven	36 079	30 109
Forderungen Verrechnung	641	246
Datenaustausch Prämienverbilligung	813 884	822 294
Total Umlaufvermögen	3 212 099	3 101 016
Anlagevermögen		
Total Anlagevermögen	32 999	31 874
Total Aktiven vor Reinverlust	3 245 098	3 132 889
Reinverlust	0	0
Total Aktiven	3 245 098	3 132 889
PASSIVEN		
Fremdkapital		
Kreditoren	215 676	154 200
Transitorische Passiven	1 223	440 638
Verpflichtungen gegenüber Personal	9 071	14 592
Verpflichtungen Datenaustausch Prämienverbilligung	813 884	822 294
Rückstellung Ferien-/Überzeitguthaben Personal	52 469	50 109
Rückstellung HSM	847 185	547 441
Rückstellung NAREG	60 715	60 715
Rückstellung Umsetzung Krebsstrategie	80 000	20 000
Rückstellung Palliative Care/Demenz	91 161	98 661
Rückstellung Umsetzung Art. 64a KVG	181 990	235 533
Total Fremdkapital	2 353 373	2 444 183
Eigenkapital		
Total Eigenkapital	688 707	473 866
Total Passiven vor Reingewinn	3 042 080	2 918 049
Reingewinn	203 018	214 841
Total Passiven	3 245 098	3 132 889

Die GDK richtet im Auftrag der Kantone Projektbeiträge an Institutionen und Organisationen aus. Sie dienen einerseits der Anschubfinanzierung für Innovationen im Bereich der Gesundheitsversorgung, andererseits der Sicherstellung von wichtigen Angeboten, welche in der Regel gemeinsam durch den Bund, die Kantone und private Organisationen ausserhalb der üblichen Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen getragen werden. Mit der Finanzierung dieser Angebote durch die GDK wird der administrative Aufwand für die betreffenden Institutionen und die Kantone vermindert, separate Vereinbarungen mit den einzelnen Kantonen entfallen. Die aufgeführten



Projektbeiträge wurden teilweise über die laufende Rechnung, teilweise aus noch bestehenden Rückstellungen finanziert. Die GDK entscheidet jeweils im Rahmen des ordentlichen Budgetprozesses über die Ausrichtung von Projektbeiträgen.

	2017	2016
	CHF	CHF
OdASanté	232 500	210 000
eHealth	300 000	300 000
Swiss Medical Board	100 000	150 000
Palliative-Care-/Demenzprojekte ¹	7 500	50 000
Umsetzung Strategie Seltene Krankheiten	23 000	0
Orphanet	0	25 000
Kinderkrebsregister	150 000	150 000
Umsetzung Art. 64a KVG ¹	78 543	81 200
Osteopathieprüfungen	111 166	98 211
Krebsstrategie	80 000	80 000
Netzwerk Psychische Gesundheit	40 000	40 000
Arzneimitteldatenbank Pädiatrie	80 000	80 000

¹ durch Auflösung Rückstellung finanziert

**MITGLIEDER VORSTAND, PLENARVERSAMMLUNG,
BESCHLUSSORGAN HSM UND MITARBEITENDE ZENTRALESEKRETARIAT**



Vorstand

von links:

Staatsrat Pierre-Yves Maillard, VD
Regierungsrat Rolf Widmer, GL
Regierungsrätin Heidi Hanselmann, SG
Regierungsrat Pierre Alain Schnegg, BE
Regierungsrat Thomas Heiniger, ZH
Staatsrat Mauro Poggia, GE
Staatsrat Paolo Beltraminelli, TI
Regierungsrat Lukas Engelberger, BS
Regierungsrat Martin Pfister, ZG

auf dem Bild fehlen:

Staatsrätin Anne-Claude Demierre, FR
Regierungsrat Guido Graf, LU

Mitglieder

Regierungsrat Thomas Heiniger, ZH (Präsident)
Regierungsrätin Heidi Hanselmann, SG (Vizepräsidentin)
Regierungsrätin Barbara Bär, UR
Staatsrat Paolo Beltraminelli, TI
Regierungsrätin Maya Büchi-Kaiser, OW
Staatsrätin Anne-Claude Demierre, FR
Regierungsrat Lukas Engelberger, BS
Frau Statthalter Antonia Fässler, AI
Minister Jacques Gerber, JU
Regierungsrat Guido Graf, LU
Staatsrat Laurent Kurth, NE
Staatsrat Pierre-Yves Maillard, VD
Regierungsrat Martin Pfister, ZG
Staatsrat Mauro Poggia, GE
Regierungsrat Christian Rathgeb, GR
Regierungsrätin Franziska Roth, AG
Regierungsrätin Susanne Schaffner, SO
Regierungsrat Pierre Alain Schnegg, BE
Regierungsrat Jakob Stark, TG
Regierungsrätin Petra Steimen-Rickenbacher, SZ
Regierungsrat Walter Vogelsanger, SH
Regierungsrätin Yvonne von Deschwanden, NW
Staatsrätin Esther Waeber-Kalbermatten, VS
Regierungsrat Thomas Weber, BL
Regierungsrat Matthias Weishaupt, AR
Regierungsrat Rolf Widmer, GL

Beschlussorgan Hochspezialisierte Medizin

Regierungsrat Rolf Widmer, GL (Präsident)
Staatsrat Paolo Beltraminelli, TI (Vizepräsident)
Regierungsrat Lukas Engelberger, BS
Regierungsrat Guido Graf, LU
Regierungsrätin Heidi Hanselmann, SG
Regierungsrat Thomas Heiniger, ZH
Staatsrat Pierre-Yves Maillard, VD
Regierungsrat Martin Pfister, ZG
Staatsrat Mauro Poggia, GE
Regierungsrat Pierre Alain Schnegg, BE

Zentralesekretariat

Michael Jordi, Zentralesekretär (100%)
Kathrin Huber, stv. Zentralesekretärin (80%)
Stefan Leutwyler, stv. Zentralesekretär (100%, bis 31.3.2017)
Annette Grünig, Leiterin Interne Dienste/Projektleiterin (100%)
Krisztina Beer, Projektleiterin (80%, seit 1.3.2017)
Pierre Bernasconi, Übersetzer (80%)
Raphaël Brenner, Übersetzer HSM (50%)
Philipp Chemineau, Übersetzer (40%)
Florian Eberhard, Projektassistenz HSM (30%, seit 16.5.2017)
Christine Friedli, Sekretariat/Projektassistenz HSM (90%, bis 30.6.2017)
Matthias Fügi, Projektleiter HSM (100%)
Silvia Graf, Sekretariat/Projektassistenz (60%)
Eva Greganova, Projektleiterin HSM (90%, bis 30.4.2017)
Seraina Grünig, Projektleiterin (90%, seit 1.7.2017)
Brigitta Holzberger, Rechtsdienst (55%)
Silvia Marti, Projektleiterin (70%)
Diana Müller, Projektleiterin (55%, seit 1.1.2017)
Florian Remund, wissenschaftliche Projektassistenz HSM (60%, seit 1.12.2017)
Georg Schielke, Projektleiter (90%, bis 31.7.2017)
Katharina Schönbucher Seitz, Projektleiterin HSM (90%)
Laura Stauffer, Sekretariat/Projektassistenz HSM (100%, seit 1.7.2017)
Jacqueline Strahm, Direktionsassistenz/Sekretariat (90%)
Rebekka Strub, Projektassistenz HSM (30%, bis 31.5.2017)
Sabine Wichmann, Projektleiterin HSM (100%)
Magdalena Wicki Martin, Projektleiterin (100%, seit 1.8.2017)

Hinweis

Eine umfassende und aktuelle Liste von Delegierten und Mitgliedern der GDK in eigenen oder externen Gremien und Arbeitsgruppen ist zu finden auf unserer Website unter www.gdk-cds.ch > Die GDK > GDK-Gremien.



Wirkung erzielen